# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

Année 1915 — N° —

# THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

## LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

**Nicolas PHOCAS**

Né à Céphalonie (Grèce), le 26 avril 1891

---

# DE LA CURE RADICALE

DE LA

# Hernie crurale par voie inguinale

## AVEC OBLITÉRATION DE L'ANNEAU

## PAR LE PROCÉDÉ DE PARLAVECCHIO

---

*Président :* M. LEJARS, *professeur*

---

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, Éditeurs
15, Rue Racine (VIe)

—

1915

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## LE DOYEN, M. LANDOUZY

### PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch RICHET |
| Physique médicale | WEISS |
| Chimie organique et Chimie générale | DESGREZ |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL<br>TEISSIER |
| Pathologie chirurgicale | LEJARS |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | Auguste BROCA |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | N. |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | LETULLE |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | DEBOVE<br>LANDOUZY<br>GILBERT<br>CHAUFFARD |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | DEJERINE |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>QUENU<br>N.<br>HARTMANN |
| Clinique ophtalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | LEGUEU |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>COUVELAIRE<br>RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |
| Hygiène clinique de la première enfance | MARFAN |

### AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE | GUILLAIN | LOEPER | ROUSSY |
| BERNARD | JEANNIN | MAILLARD | ROUVIERE |
| BRANCA | JOUSSET (A.) | MOCQUOT | SAUVAGE |
| BRUMPT | LABBE (H.) | MULON | SCHWARTZ (A.) |
| CAMUS | LAIGNEL-LAVASTINE | NICLOUX | SICARD |
| CASTAIGNE | LANGLOIS | NOBECOURT | TANON |
| CHAMPY | LECENE | OKINCZYC | TERRIEN |
| CHEVASSU | LEMIERRE | OMBREDANNE | TIFFENEAU |
| DESMAREST | LENORMANT | RATHERY | VILLARET |
| GOUGEROT | LEQUEUX | RETTERER | ZIMMERN |
| GREGOIRE | LEREBOULLET | RIBIERRE | |
| GUENIOT | LERI | RICHAUD | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON ONCLE ET MAITRE

LE PROFESSEUR PHOCAS D'ATHÈNES

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Professeur de Pathologie chirurgicale
à la Faculté de Médecine
Chirurgien à l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'honneur

# AVANT-PROPOS

Nous tenons, avant d'aborder notre sujet, à remercier nos maîtres des hôpitaux de Paris, de leur sollicitude bienveillante de tous les instants, des excellents conseils et des savantes leçons qu'ils nous ont prodigués ; c'est avec la plus vive reconnaissance que nous nous rappelons tout ce que nous leur devons.

M. le professeur agrégé Richelot, depuis que nous avons été son élève, n'a cessé d'être pour nous un maître autant qu'un ami ; c'est à lui que nous devons l'idée première de cette thèse ; qu'il nous permette de lui exprimer ici toute notre gratitude et l'assurance de notre plus sincère dévouement.

M. le professeur Lejars nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui adressons l'hommage de notre reconnaissance et de notre respect.

# DE LA CURE RADICALE

DE LA

# Hernie crurale par voie inguinale

Avec oblitération de l'anneau

PAR LE PROCÉDÉ DE PARLAVECCHIO

---

Lorsqu'on veut, dans la cure radicale des hernies viscérales, en général, à sac herniaire péritonéal, obtenir une guérison complète avec des chances de non récidive, il est bien établi aujourd'hui que le but à atteindre est double : c'est, d'une part, la suppression aussi complète que possible de l'infundibulum séreux qui précède le collet sacculaire ; d'autre part, l'oblitération parfaite de l'orifice qui livre passage à la hernie.

Dans certaines variétés de hernies, où l'orifice a des contours musculaires, la simple résection, après ligature du sac, suffit, en général, pour obtenir la guérison définitive. Par contre, dans la hernie crurale où l'orifice herniaire est fibreux, cette simple résection ne suffirait pas, car l'anneau, même après la résection du sac, restera béant, se prêtant ainsi admirablement à la production nouvelle de la hernie si certaines conditions étiologiques se trouvent réalisées. Pourtant, même dans le cas présent, certains chirurgiens soutiennent que dans les cas de hernie petite, qui n'a par conséquent pas apporté de

grandes modifications aux dimensions normales de l'orifice, la simple résection du sac après ligature est suffisante.

Mais si, comme nous le voyons, tous les chirurgiens ne sont pas d'accord quant à la nécessité d'oblitérer artificiellement l'orifice, tous admettent sans discussion le besoin de réséquer le péritoine au-dessus du collet et comprennent dans la ligature l'infundibulum présacculaire, pour obtenir ainsi une réelle cure radicale. Lucas-Championnière et Berger ont, depuis longtemps, fixé cette règle sans exception, applicable dans toutes les variétés des hernies, savoir : réséquer le sac très haut.

Ce sont ces deux buts que les chirurgiens ont toujours cherché à atteindre dans la hernie crurale en inventant des artifices et procédés ingénieux sans arriver jamais pourtant à donner une solution définitive et satisfaisante à ce problème. La multiplicité des procédés de cure radicale le prouve suffisamment. C'est, qu'en effet, la disposition anatomique de l'anneau crural est telle, qu'elle rend difficile sinon impossible la réalisation de ce but.

*L'anneau crural proprement dit est un orifice à contours presque totalement fibreux.* Il présente une forme triangulaire, à base antérieure formée par l'arcade crurale, dont le côté postéro-interne est formé par la surface pectinéale doublée, du pectiné en bas, du ligament de Cooper plus haut, lui-même formé, comme nous le savons, par la rencontre de toute une série d'aponévroses : aponévrose du pec-

tiné, ligament de Gimbernat, pilier postérieur de l'anneau inguinal, enfin fascia transversalis renforcé par les ligaments de Henlé et d'Hesselbach.

Le côté postéro-externe est formé par la bandelette iléo-pectinée. Enfin l'angle postéro-interne est rendu mousse par le ligament de Gimbernat. Cet anneau est divisé en trois loges. Les loges externe et postérieure, livrent passage à l'artère et à la veine fémorales. La loge interne, c'est la partie de l'anneau qui nous intéresse, celle qui laissera passer la hernie pour lui permettre d'arriver dans le canal crural d'autant plus facilement que normalement cette partie de l'anneau est vide ou fermée seulement par une expansion du fascia transversalis, mince et peu résistante, le septum crural des différents auteurs. Nous voyons donc, qu'en définitive, la partie interne de l'anneau crural, porte d'entrée de la hernie qui va descendre plus bas dans la partie de la fosse de Scarpa, connue sous le nom de canal crural, est un anneau limité en avant, en dedans et en arrière par des formations fibreuses, tandis que son côté externe est formé par les vaisseaux fémoraux entourés de leur gaine.

Du court aperçu anatomique que nous venons de donner, il résulte que *l'anneau crural est un anneau inextensible, et surtout non contractile.* Sans parler, en effet, de sa paroi postérieure ostéo-aponévrotique fixe, le ligament de Gimbernat en dedans est un court ligament sans aucune sorte de mobilité. Quant à l'arcade crurale, cette arcade est fortement tendue

entre l'épine du pubis et l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le bord inférieur de cette arcade, en particulier, présente une tendance si peu marquée à un déplacement la portant vers le muscle pectiné, que dans les procédés opératoires de cure radicale qui cherchent à suturer cette arcade à l'aponévrose de ce muscle, pour que la réunion soit possible, l'aponévrose du pectiné doit se soulever pour aller à la rencontre de l'arcade. Nous verrons, par contre, que le bord postérieur de l'arcade est beaucoup plus mobile et s'abaisse assez facilement, comme l'a montré Ruggi, mais ne peut être atteint par voie crurale.

*L'anneau crural présente une longueur de plusieurs millimètres* représentée en arrière par toute la hauteur de la crête pectinéale en avant par la hauteur de l'arcade. En résumé : anneau à contours fibreux non rétractile, relativement long, tels sont les caractères distinctifs de l'anneau crural.

Comment peut-on, dans ces conditions, espérer une résection totale de la séreuse formant l'infundibulum, par voie crurale, puisque le collet qui est la partie du sac entourée par les parois de l'anneau, présente la longueur de ces parois ? Lucas-Championnière avait bien pensé à cette difficulté et disait à ce sujet : « L'infundibulum dans lequel se loge le sac est beaucoup plus profond qu'on ne le croit et l'on s'imagine souvent avoir dépassé le niveau de l'anneau crural dans la dissection, alors que l'on n'a pas été au delà du fascia crebiforme, l'infundi-

bulum séreux ou supérieur est ici en réalité plus difficile à atteindre que pour la hernie inguinale. »

Les chirurgiens, opérant par voie crurale, avaient cherché par différents moyens à obvier à cette difficulté. Les uns essayaient de tirer le plus possible de péritoine en bas. Les autres tordaient le collet du sac pour supprimer ainsi une plus grande partie de séreuse. D'autres, enfin, fixent à la Barker le moignon du sac et arrivent ainsi à déplacer l'infundibulum péritonéal.

Mais passons au second but du problème qui est la fermeture de l'anneau. Dans la cure radicale par voie crurale, c'est le bout inférieur de l'anneau que l'on ferme ; c'est ce qu'obtient, par exemple, Bassini qui cherche, en l'abaissant, à fixer l'arcade au plan postérieur. Au-dessus de la ligne de suture va persister un diverticule, ostéo-aponévrotique en arrière, ligamenteux en avant, puisqu'il sera formé par la partie de l'arcade située au-dessus de la ligne de suture, lequel pourra admettre à son intérieur un nouveau cul-de-sac péritonéal. Que la cicatrice maintenant soit peu solide, à cause de la mauvaise qualité des tissus du sujet, quelques violents efforts pourront permettre l'écartement des lèvres de suture et ouvrir au cul-de-sac péritonéal, de nouveau, la porte conduisant dans la fosse de Scarpa.

La cure radicale par voie inguinale a résolu, il nous semble, ce problème définitivement. Il y a une chose incontestable, c'est que c'est là le seul procédé qui permette d'atteindre l'infundibulum péri-

tonéal aussi haut qu'on le désire. Sur ce point-là, tous les chirurgiens sont d'accord, aussi bien ceux qui pratiquent la cure radicale par voie inguinale, que ceux qui sont restés fidèles à la voie crurale. C'est un fait anatomique n'admettant aucune discussion.

Il n'est pas moins vrai qu'en fermant l'anneau par voie inguinale, on a l'avantage de fermer le bout supérieur de celui-ci et de ne laisser ainsi aucun diverticule dans lequel le péritoine pourrait s'engager.

Pour la fermeture de l'anneau pourtant plusieurs procédés ont été proposés assez différents les uns des autres.

Malgré ces avantages, de nombreux reproches ont été adressés à ce procédé. Nous les discuterons à la fin de notre travail.

# HISTORIQUE

Le hasard, cette aide puissante de la plupart des grands inventeurs, a favorisé Annandale, qui, en opérant, en 1887, un malade atteint d'une hernie double, inguinale et crurale, après avoir lié le sac de la hernie inguinale se préparait, dit-il « à agir de même sur le sac crural, lorsqu'il s'aperçut qu'il était remonté en haut de l'anneau crural ». Annandale s'est borné à lier et réséquer le sac crural et à oblitérer l'anneau par le sac inguinal. Cette oblitération était naturellement insuffisante, aussi la hernie récidiva.

C'est en s'inspirant de l'opération d'Annandale que Ruggi, cinq ans plus tard, décrivit un procédé opératoire de cure radicale par voie inguinale, bien réglé dans tous ses détails et que Tuffier, un peu plus tard, l'introduisit en France légèrement modifié. Depuis, plusieurs chirurgiens ont adopté ce procédé de cure radicale en apportant certaines modifications. C'est ainsi que Parlavecchio, d'abord en 1893, puis en 1900, décrivit le procédé avec des modifications essentielles. Vinrent ensuite les travaux de Stecchi, de Bonomo, de Chaput en 1904, de Bérard

en 1908, de Vallas et Perrin de Lyon en 1909.Enfin, en 1912, M. Dujarier, suivi de près de M. Desmaret, faisait paraître un article sur ce procédé avec plusieurs observations concluantes, dont quelques-unes dataient de plusieurs années.

## GÉNÉRALITÉS SUR LA CURE RADICALE PAR VOIE INGUINALE

Avant d'entreprendre la description complète de tous ces procédés, nous allons donner une idée générale de la technique.

Elle consiste à réséquer d'abord le sac par voie inguinale. Or, pour atteindre le sac, il existe trois moyens. Ou bien on fait une incision double avec une branche parallèle à l'arcade crurale et une verticale descendant dans la fosse de Scarpa ; par la branche verticale on atteint le sac, on le décolle s'il a des adhérences, et on termine l'opération par voie inguinale.

Un autre moyen consiste à inciser sur l'arcade même et ainsi, en déplaçant les téguments soit en haut soit en bas, on peut travailler successivement dans le triangle de Scarpa et dans le canal inguinal.

La plupart des auteurs incisent d'emblée sur le canal inguinal à une faible distance de l'arcade, et en tirant sur le collet du sac l'amènent dans ce trajet. Ce qui détermine certains auteurs à préférer la dissection préalable du sac en l'attaquant par voie crurale, c'est que dans certains cas des adhérences

peuvent s'opposer à sa luxation dans le canal inguinal par simple traction. Or, dans tous les cas que nous avons vu opérer par M. Richelot, chez tous les opérés de M. Dujarier, la luxation du sac par en haut a été possible. Nous ne saurions en effet insister assez sur l'erreur que l'on commet lorsqu'on s'imagine qu'il est difficile d'amener le sac dans la plaie inguinale par simples tractions. Il faut tirer longtemps et doucement avec beaucoup de patience et le sac ne manquera pas de venir. Chez l'une des opérées de M. Richelot, où il y avait eu deux fois des crises d'étranglement et où l'on aurait pu craindre des adhérences, on n'a éprouvé aucune difficulté à attirer le sac en haut après une traction douce mais énergique de quelques secondes. D'ailleurs, même si des adhérences empêchaient réellement le décollement du sac, on pourra toujours, il nous semble, éviter une nouvelle incision, car en décollant la lèvre inférieure de l'incision inguinale on pourra tout aussi bien arriver dans le triangle de Scarpa.

Après avoir réséqué le sac, on ferme l'anneau. Plusieurs procédés existent que nous pouvons diviser en cinq catégories :

Dans la première catégorie, nous rangerons les procédés qui cherchent à fermer l'anneau par la simple suture de l'arcade au ligamentde Cooper ;

Dans la deuxième, ceux qui ajoutent à cette suture de l'arcade, l'abaissement des muscles postérieurs du canal inguinal et leur suture au ligament de Cooper ;

Dans la troisième, ceux qui se bornent à fermer l'anneau par l'abaissement des muscles.

Dans la quatrième, ceux qui ne ferment pas l'anneau ;

Enfin, dans une dernière catégorie, nous rangerons les procédés qui ne ressemblent à aucune des techniques précédentes.

Après avoir décrit les procédés qui se bornent à abaisser l'arcade pour fermer l'anneau et qui sont les premiers en date, nous décrirons ceux qui combinent à cette dernière manœuvre l'abaissement des muscles de la paroi postérieure du canal inguinal. C'est dans cette catégorie que nous rangerons le procédé de Parlavecchio, tel qu'il a été modifié par Dujarier.

Nous insisterons tout particulièrement sur cette dernière technique, car c'est celle que M. Richelot a toujours employée chez les quatre opérées dont nous rapportons plus loin les observations et parce que c'est celle que nous croyons la meilleure pour des raisons que nous développerons à temps.

## Oblitération de l'anneau par la simple suture de l'arcade

Les deux procédés, qui utilisent ce moyen pour fermer l'anneau sont celui de Ruggi et celui de Tuffier. Ce sont les deux premiers procédés décrits

actuellement totalement abandonnés. Nous en ferons une description rapide.

### *Procédé de Ruggi*

C'est le premier qui a décrit une technique opératoire car Annandale, comme nous l'avons déjà dit, a employé une fermeture autoplastique que la coexistence d'une hernie crurale et inguinale a permis d'exécuter.

Ruggi a décrit une première technique en 1892 :

1° Il fait une incision droite sur l'arcade crurale même. Quelquefois il pratique une incision courbe ou une incision en L ;

2° Il décolle la lèvre inférieure de la peau jusqu'à ce qu'il arrive dans la fosse de Scarpa. Il découvre alors le sac, le dissèque, l'ouvre et traite son contenu.

3° En décollant la peau en haut, il incise l'aponévrose du grand oblique, un demi-centimètre au-dessus de l'arcade de Fallope, et tombe dans le canal inguinal. Il récline le cordon ou le ligament rond en haut, puis il incise la paroi postérieure du canal inguinal, découvre le collet du sac et l'attire dans la plaie inguinale ;

4° Il pratique la résection haute du sac ;

5° Il ferme l'anneau crural en suturant l'arcade de Fallope au ligament de Cooper. Dans certains cas pourtant, il taille un lambeau dans le ligament de

Cooper et s'en sert pour mieux fermer l'anneau crural;

6° Il reconstitue la paroi postérieure du canal inguinal en suturant les muscles petit oblique et transverse à l'arcade crurale. Enfin, il termine en fermant la paroi antérieure du canal et les lèvres de l'incision cutanée.

Quelque temps plus tard, Ruggi renonce à l'ouverture préalable du triangle de Scarpa et aborde le sac en incisant d'emblée sur le canal inguinal. Ainsi que nous le voyons, Ruggi s'est vite aperçu qu'il est inutile d'aller chercher le sac dans la fosse de Scarpa, du moment où il est possible et même facile, dans les cas ordinaires tout au moins, d'attirer le sac par voie inguinale. C'est un point que nous développerons longuement, lorsque nous décrirons la technique opératoire employée par M. Richelot.

En somme, le point faible dans le procédé de Ruggi est, nous semble-t-il, la fermeture insuffisante de l'anneau crural, puisqu'il se contente, pour arriver à ce résultat, de réunir les parois antérieure et postérieure de cet anneau.

### *Procédé de Tuffier*

Quelques années plus tard, Tuffier, dans un article paru dans *la Revue de Chirurgie*, faisait connaître en France le procédé de Ruggi, mais en même temps y apportait quelques modifications.

Comme Ruggi, il incise d'emblée le canal inguinal mais s'efforce d'appliquer la modification que Parlavecchio avait déjà apportée : respecter les orifices aponévrotiques du canal inguinal. Puis, après avoir découvert l'anneau et le collet du sac, il procède de la façon suivante : si la hernie est petite ou moyenne « j'enfonce, dit-il, le doigt entre l'anneau et le sac, pour détacher ce sac et le libérer complètement de ses adhérences ». Puis, il l'attire en haut et le traite comme dans le procédé de Ruggi. Si, au contraire, la hernie est irréductible et volumineuse, il ouvre préalablement le péritoine au-dessus de la hernie avant de décortiquer le sac.

Il nous semble que c'est une mauvaise manœuvre que d'élargir l'anneau en introduisant le doigt dans la fosse de Scarpa, surtout dans le procédé de Ruggi-Tuffier, où l'exclusion de l'anneau par abaissement des muscles n'était pas encore connue. Nous croyons que l'ouverture préalable du péritoine est toujours préférable ; elle permet de réduire le contenu du sac, si celui-ci est réductible. Pour les cas où il serait irréductible, nous indiquerons plus loin la marche à suivre.

Enfin, Tuffier ferme l'anneau en unissant l'arcade à l'aponévrose du pectiné. Cette fermeture présente le désavantage, nous semble-t-il, de réunir l'arcade à un tissu moins résistant que le ligament de Cooper. M. Tuffier, d'ailleurs, ne dit pas dans son article la raison pour laquelle il a substitué cette fermeture à celle imaginée par Ruggi.

Dans le cas de hernie étranglée (auquel cas M. Tuffier reconnaît la supériorité évidente de la voie inguinale à cause du large champ opératoire qu'elle offre) cet auteur, disons-nous, pour attirer le sac, a recours au débridement antérieur de l'anneau.

M. Tuffier reconnaît dans son ouvrage tous les avantages qu'offre cette voie, à savoir : large champ opératoire, possibilité de résection haute de l'épiploon et du sac. Il repousse aussi l'idée suivant laquelle cette voie doit être rejetée, en raison du danger d'une hernie inguinale consécutive auquel exposerait le malade. Néanmoins, il reconnaît que ce danger peut être réel dans certains cas (il est vrai que le renforcement de la paroi postérieure du trajet inguinal par les muscles postérieurs, n'était pas encore connu) ; ces dangers ajoutés aux autres difficultés que présenterait cette voie, font que M. Tuffier continue à accorder ses préférences à la voie crurale. Il ne voit comme indications formelles de cette opération que les cas où la région inguinale paraît flasque faisant craindre ainsi une hernie de faiblesse à ce niveau, et la coexistence d'une hernie crurale et inguinale.

L'affaiblissement de la paroi postérieure du canal inguinal est évidemment le gros reproche, indéniable, que l'on peut adresser à cette méthode opératoire.

Il nous semble par conséquent tout à fait opportun de passer immédiatement à l'étude des différents procédés qui, tous, pallient efficacement à cet inconvénient des muscles postérieurs.

**Oblitération de l'anneau par la suture de l'arcade combinée à l'abaissement des muscles postérieurs.**

Nous décrirons d'abord rapidement la technique, telle qu'elle a été précisée par Parlavecchio, qui est l'auteur de cette innovation. Nous entreprendrons ensuite l'étude complète de la technique décrite par Dujarier et employée par M. Richelot.

*Procédé de Parlavecchio*

Parlavecchio s'est immédiatement déclaré partisan de cette voie dans tous les cas de hernie crurale, et, dès l'année 1893, faisait paraître un article où il rapportait d'abord l'observation d'une femme opérée d'une hernie crurale par cette méthode. Au début de son travail, Parlavecchio discute les désavantages que présente la non ouverture de la fosse de Scarpa. Il est vrai, que dans l'observation qu'il rapporte cette ouverture s'imposait, car il s'agissait d'une hernie crurale ayant contracté des adhérences avec un paquet des ganglions inguinaux enflammés. Ayant ouvert le triangle de Scarpa, il libère le sac directement, traite le contenu, réséque le sac et n'ouvre le canal inguinal que pour pratiquer la fermeture de l'anneau crural par la méthode de Ruggi.

Cette première opération a fait entrevoir à Parlavecchio le danger d'une production de hernie ingui-

nale secondaire à l'ouverture du canal inguinal. C'est alors qu'il a imaginé une modification qui tend à obvier à cet inconvénient. Elle consiste à pratiquer une incision qui respecte les deux orifices du canal inguinal. Pour cela, au lieu de faire une incision partant de l'épine du pubis jusqu'au milieu de l'arcade de Fallope, comme dans la méthode Ruggi-Tuffier, il fait une incision qui part seulement à un demi centimètre en dehors du pilier inféro-externe de l'orifice externe (par conséquent 1/2 centimètre en dehors de l'épine puisque ce pilier y prend son insertion). Elle se prolonge jusqu'au tiers externe de l'arcade. L'incision, on le voit, est plus courte et a pour résultat de rétrécir le champ opératoire et d'empêcher de procéder facilement aux différents temps de l'opération, comme le fait remarquer M. Dujarier.

Huit ans plus tard, Parlavecchio fait paraître un nouveau travail sur cette opération, celui-ci de beaucoup le plus important puisqu'il apporte une modification dont l'importance et l'utilité ont été reconnues par tous les chirurgiens opérant la hernie crurale par cette voie et que nous-même préconisons, pour l'avoir vu employer. Nous voulons parler de l'abaissement et de la suture des muscles de la paroi postérieure du canal inguinal au ligament de Cooper. Nous le décrirons en détail dans le paragraphe suivant.

Parlavecchio, en effet, en opérant, remarque deux choses : 1° que le ligament de Fallope est perforé dans le procédé de Ruggi par deux séries de points de suture, l'une qui le réunit au ligament de

Cooper et l'autre qui le réunit aux muscles petit oblique et transverse ;

2° Que ces points de suture agissent sur cette arcade en la tirant en sens contraire ; en bas, ceux qui l'unissent au ligament de Cooper ; en haut, ceux qui l'unissent aux muscles et au tendon du grand oblique. Il en conclut que : « le ligament de Fallope sur la résistance duquel est basée toute l'efficacité radicale de l'opération inguinale de la hernie crurale reste très affaibli et compromis, non seulement par deux séries d'orifices, mais surtout et spécialement par deux séries de sutures qui tirent en sens inverse ». Au contraire, en abaissant les muscles, que l'on fixe au ligament de Cooper, on renforce la paroi postérieure du canal inguinal et on applique les muscles profonds contre l'orifice interne, ce qui écarte le danger de la hernie inguinale. De cette façon enfin, on simplifie l'opération. Parlavecchio croit même qu'on peut toujours, chez la femme et à la rigueur chez l'homme, lorsqu'on prend le soin de laisser le cordon à sa place, simplifier plus encore l'opération en faisant un seul plan de suture au lieu de deux et qui prend en même temps les muscles postérieurs et l'aponévrose du grand oblique.

Nous terminons en disant que Parlavecchio met cinq points de suture, trois qui réunissent entre eux l'arcade, le ligament de Cooper et les muscles profonds, et deux plus externes qui comprennent les muscles, l'aponévrose et le ligament de Fallope comme dans la hernie inguinale.

## Technique opératoire décrite par M. Dujarier

Nous arrivons à la technique décrite par M. Dujarier : celle qui a été employée chez les opérées dont nous rapportons l'observation. Par cette technique, tout en ayant conservé l'efficacité de fermeture de l'anneau, imaginée par Parlavecchio, M. Dujarier a simplifié le procédé dans ses détails de façon à rendre l'opération aussi simple que possible. Nous déclarons dès à présent nous ranger à cette technique opératoire.

On peut lui distinguer cinq temps :

Premier temps. — *Incision cutanée.* — Le point de départ de l'incision est l'épine du pubis, qui peut être difficile à sentir chez les sujets un peu gras. A partir de ce point, l'incision se porte en haut et en dehors, en s'écartant peu à peu de l'arcade crurale. On a pourtant avantage de ne pas s'en éloigner trop.

La longueur de l'incision sera de 6 à 8 centimètres.

Ainsi M. Dujarier ne cherche pas à respecter les orifices du canal inguinal, comme le fait Parlavecchio ; il écrit, en effet : « Cette modification est d'importance discutable, car elle empêche d'avoir du jour et de procéder aux différents temps de l'opération. »

Deuxième temps. — *Traversée du canal inguinal et découverte du péritoine.* — On arrive ainsi, après

l'incision de la peau et du tissu cellulaire, sur l'aponévrose du grand oblique que l'on incise suivant la même direction que la peau. On reconnaît facilement l'arcade fémorale et on dénude la face profonde de celle-ci avec un instrument mousse. Mais en ouvrant le canal inguinal, on trouve facilement chez l'homme le cordon spermatique ; chez la femme il est moins facile de trouver le ligament rond souvent réduit à peu de chose (chez les quatre opérées de M. Richelot nous ne l'avons jamais rencontré). Quoi qu'il en soit, un écarteur passé sous le bord inférieur des muscles postérieurs, relève ces organes en même temps que les muscles en haut ; on tend ainsi la paroi postérieure du trajet inguinal qu'on fend à l'aide d'un coup de pointe.

Nous avons vu chez les quatre opérées la grosse veine dont parle M. Dujarier, qui cheminant parallèlement à l'arcade, va se jeter dans l'épigastrique.

Dans un cas, M. Richelot a dû la lier ; il a pu la respecter dans les trois autres.

Quant aux vaisseaux épigastriques ils sont facilement visibles et l'on arrive facilement à l'aide d'un écarteur à les éloigner du bistouri. D'ailleurs, chez deux opérées où l'on n'avait pu les voir, nous avons placé quand même un écarteur dans la région où ils devaient se trouver.

Après l'incision de la paroi postérieure du canal inguinal, on tombe sur la graisse sous-péritonéale et après une dissection attentive de cette graisse on

tombe sur le péritoine qu'on doit bien reconnaître à son aspect lisse et blanchâtre.

Troisième temps. — *Traitement du sac et de son contenu.* — Après avoir ainsi découvert le péritoine, on pourra facilement pratiquer la cure radicale grâce au grand jour que cette voie donne. Ceci n'est pas évidemment le moindre avantage de ce procédé. On voit très nettement s'enfoncer dans l'anneau crural le collet du sac, circonscrit par les parois de l'anneau l'arcade en avant, le ligament de Gimbernat en dedans qu'on peut accrocher avec l'index.

Après avoir, alors, soulevé le péritoine à l'aide d'une pince, on pratique, avec le bistouri, une petite incision qu'on agrandit verticalement avec les ciseaux.

L'ouverture du péritoine montrera si le sac est vide ou s'il a un contenu.

a) *Le sac est vide.* — Dans la grande majorité des cas, une simple traction sur les pinces à l'aide desquelles on a répéré les lèvres de l'ouverture péritonéale suffit pour amener le sac dans la plaie inguinale et transformer ainsi la hernie crurale en hernie inguinale directe. M. Richelot insiste avec raison sur la facilité avec laquelle on mobilise le sac, grâce à la graisse sous-péritonéale qui l'entoure constamment jusque dans le canal crural et qui facilite ainsi son glissement. Nous désirons également insister sur ce point car, en général, on s'attend peu, lorsqu'on n'a pas déjà opéré par cette voie la hernie crurale, de voir son sac obéir aussi facilement à une traction douce mais continue. Chez trois malades de

M. Richelot, le sac était plein, contenant de l'épiploon, le sac par conséquent devait être plus gros que dans le cas envisagé par M. Dujarier, de sac vide. Et pourtant le sac a facilement traversé l'anneau après quelques tractions. Il n'est donc pas étonnant que dans certains cas, de sac vide, le sac soit venu sans qu'on soit obligé d'ouvrir le péritoine : dans ces cas, dit M. Dujarier, « la moindre traction exercée sur le péritoine au-dessus du collet suffit à attirer le sac dans le canal inguinal. »

Il faut pourtant envisager les cas où cette traction n'aboutit pas à un résultat, soit à cause d'une étroitesse de l'anneau, soit à cause d'une malformation pathologique du sac, soit à cause des adhérences qui le fixent dans la fosse de Scarpa.

Dans le premier cas, M. Dujarier n'hésite pas à élargir l'anneau à l'aide d'un coup de ciseaux dirigé en dedans, qui coupe le ligament de Gimbernat.

Nous disons « n'hésite pas », car beaucoup de chirurgiens s'abstiennent de cette pratique et ils repoussent l'incision du ligament de Gimbernat en raison de l'élargissement consécutif de l'anneau qui favoriserait la reproduction de la hernie crurale. M. Desmaret, en particulier, dans son article paru dans *le Paris Médical*, dit préférer à l'incision du ligament la résection du sac par voie crurale, ce qui rend possible ensuite le passage du moignon sacculaire. Or, ceci est possible lorsque le sac est vide, ou même, lorsque il ne contient que de l'épiploon que l'on peut réséquer dans la fosse de Scarpa en même

temps que le sac. Mais l'étude des observations de cure radicale par voie inguinale nous montre que les cas où l'on ne pouvait réduire le sac par simple traction par la voie inguinale, étaient en majorité les cas de hernies étranglées. Or, si dans une hernie étranglée à contenu épiploïque, on peut réduire la hernie après avoir réséqué l'épiploon par voie crurale, sans être ainsi obligé de couper le ligament de Gimbernat, cette réduction devient impossible pour des raisons faciles à comprendre dans la hernie étranglée à contenu viscéral. Comme nous l'avons vu dans la thèse de M. Larrieu, inspirée par M. Desmaret, ce dernier auteur, pourtant hostile à l'incision du ligament, a été obligé d'y recourir dans la plupart des hernies étranglées.

Il est incontestable pourtant que l'incision du Gimbernat élargit l'anneau. M. Richelot remédie dans ce cas à cet inconvénient en ajoutant un point de suture supplémentaire unissant l'arcade de Fallope et la paroi postérieure du canal inguinal, au ligament de Cooper. Ce point de suture ne peut présenter aucun inconvénient.

Nous ne ferons que signaler la possibilité de couper, en même temps que le ligament, l'anastomose artérielle qui court à quelques millimètres du bord libre de celui-ci et sur sa face postérieure, anastomose que l'artère épigastrique envoie à l'artère obturatrice. A l'état normal, en effet, cette anastomose est très petite et sa blessure ne donne pas lieu à une hémorragie inquiétante. Pfintzner, pourtant, qui a beaucoup

étudié ce détail anatomique, admet, que dans 66 o/o des cas chez la femme, dans 51 o/o chez l'homme, c'est l'obturatrice elle-même qui suit ainsi le bord libre du ligament car elle tire dans ces cas son origine de l'épigastrique. Sa blessure pourrait donner alors lieu à une hémorragie plus abondante, mais le jour que donne la voie inguinale permettra de la lier aussi facilement que n'importe quel vaisseau.

En définitive, il nous semble que l'incision du ligament de Gimbernat doit être préférée à tout autre procédé, pour les cas où le sac ne vient pas à cause de l'étroitesse de l'anneau.

Dans deux cas de hernies à contenu kystique, où M. Dujarier a eu à intervenir, il nous dit que l'incision du ligament a été particulièrement nécessaire pour la réduction du sac.

Reste l'éventualité où des adhérences fixent le fond du sac dans le triangle de Scarpa. M. Dujarier n'hésite pas dans ces cas à tirer sur le sac de façon à avoir la plus grande partie de celui-ci.

Il est bien possible qu'à la suite de ces manœuvres le sac se déchire et qu'une partie reste adhérente dans la fosse de Scarpa. Ce qu'il faut alors éviter soigneusement, c'est la production possible d'un hématome. Dans les cas de sac très adhérent, M. Richelot serait disposé de décoller la lèvre inférieure de l'incision jusque dans le triangle de Scarpa et pouvoir ainsi libérer directement le sac de ses adhérences. Il nous semble que c'est là la meilleure façon de procéder, car il n'est pas toujours bien commode de

réaliser une hémostase parfaite dans une région qu'on n'a pas directement sous les yeux. Nous nous empressons de dire, d'ailleurs, que l'existence de quelques adhérences n'exclut pas la possibilité de les rompre par simple traction, et nous avons relaté le cas d'une hernie qui s'était déjà étranglée deux fois et dans laquelle M. Richelot est arrivé à réduire le sac, malgré les adhérences, par simple traction, naturellement un peu plus longue.

b) *Le sac a un contenu.* — Les différents cas qui peuvent se présenter, ce sont : celui d'un contenu réductible, celui d'un contenu irréductible, enfin d'un contenu étranglé.

α) *Le contenu est réductible.* — Dans ce cas le traitement est le même que dans n'importe quelle variété de hernie : résection de l'épiploon et réduction dans le ventre de son moignon ligaturé, réduction des anses intestinales ou de la vessie, appendicectomie si c'est l'appendice qui remplit le sac, simple réduction de la trompe si celle-ci est saine, ou au contraire, salpingectomie si elle est malade.

β) *Le contenu est irréductible.* — On sait que dans les hernies crurales, en particulier, il est fréquent de trouver de l'épiploon adhérent au fond du sac. M. Richelot a eu à intervenir dans un cas pareil, mais où, en plus des adhérences épiploïques, il y avait une hernie volumineuse qui écartait tout espoir de réduction simple. Nous n'avons donc pas commencé par essayer de réduire la hernie par simple traction, mais, après avoir lié l'épiploon près de son

insertion colique, M. Richelot a élargi l'anneau en incisant le ligament de Gimbernat. Dans les cas où l'incision du ligament ne suffirait pas, il faut procéder au décollement de la lèvre inférieure de la plaie et à la résection préalable de l'épiploon dans la fosse de Scarpa même.

Si c'est l'intestin qui est adhérent, il faudra d'abord essayer d'attirer le sac en haut et, si on n'y arrive pas, l'aborder dans le triangle de Scarpa.

γ) *Le contenu est étranglé.* — Si l'étranglement intéresse l'épiploon, après avoir lié et coupé ce dernier, on essaie d'attirer le sac en élargissant l'anneau comme il a déjà été dit, ou on l'aborde par voie crurale. Si c'est l'intestin qui est étranglé, on luxe encore le sac dans la plaie inguinale après débridement. C'est un point qui a été reproché à maintes reprises à la cure radicale par voie inguinale, à savoir : faciliter, dans le cas de hernie étranglée, la diffusion à l'intérieur de la cavité péritonéale, du liquide septique que contient le sac. Il faut tâcher d'éviter cet accident en garnissant soigneusement la plaie à l'aide de compresses. Nous avons d'ailleurs l'intention de revenir sur ce point et de discuter la valeur de cette objection dans le chapitre que nous consacrons aux avantages et inconvénients de ce procédé opératoire.

*Résection du sac.* — Nous avons déjà insisté sur cet énorme avantage que présente la voie inguinale, à savoir : permettre la résection aussi complète que possible de l'infundibulum qui précède le collet. En

effet, lorsqu'après avoir luxé le sac, on a transformé la hernie crurale en hernie inguinale directe, on se trouve placé dans les mêmes conditions que pour celle-ci. On pourra par conséquent tirer tout ce que l'on désire de péritoine et lier aussi haut qu'il est possible. On ne doit jamais oublier, dans ce temps opératoire, les rapports de voisinage que présente la vessie avec le sac et nous ajoutons que, si l'on a noté des accidents dûs à la ligature de la vessie, dans la hernie inguinale oblique externe, ce danger est beaucoup plus grand dans le cas de hernie crurale. C'est en ayant présent à l'esprit ce rapport que nous avons pu reconnaître facilement la vessie, entraînée dans la plaie avec le péritoine, ce qui a permis de placer la ligature au-dessus d'elle.

Après avoir lié le sac comme dans n'importe quelle variété de hernie et avoir réduit dans le ventre le moignon, il ne reste plus qu'à procéder à la fermeture de l'anneau.

4° *Fermeture de l'anneau crural.* — Nous avons déjà insisté sur le gros avantage que présente la fermeture de l'anneau par en haut, à savoir : permettre la fermeture du bout supérieur de l'anneau et créer ainsi devant le péritoine une surface plane qui ne pourra admettre la formation d'aucun cul-de-sac péritonéal. C'est juste le contraire qui se produit lorsqu'on le ferme par la voie crurale, comme le font remarquer Guibé et Proust dans leur article.

Il existe plusieurs procédés, imaginés par les différents chirurgiens, pour oblitérer l'anneau. M. Ri-

chelot a toujours employé le procédé décrit par M. Dujarier, qui n'est autre que celui imaginé par Parlavecchio. Voilà en quoi il consiste en peu de mots : rapprocher simultanément par des points de suture au ligament de Cooper, d'une part, la paroi antérieure de l'anneau, formée par l'arcade crurale ; d'autre part, le bord inférieur des muscles petit oblique et tranverse, qui, de cette manière, sont abaissés.

Pour ce faire, on place un écarteur qui rétracte en haut le bord inférieur des muscles en question ainsi que le ligament rond ou le cordon spermatique, et un autre en dehors qui écarte ainsi et protège les vaisseaux fémoraux et les vaisseaux épigastriques ; ces deux écarteurs seront confiés à un aide, tandis que l'opérateur cherchera à découvrir le ligament de Cooper et le ligament de Gimbernat en dedans. Une fois que ces ligaments ont été bien dénudés et sont parfaitement visibles,on prend l'aiguille de Reverdin, enfilée d'avance avec un long catgut n° 2, ce qui évitera la difficulté qu'on peut éprouver pour passer plus tard le fil dans une région relativement profonde. On passe alors l'aiguille sous le ligament de Cooper en prenant le soin de prendre tout le ligament et en rasant ainsi la crête pectinéale. On répète la même opération avec un autre fil, qu'on passe à une certaine distance du premier. On peut d'ailleurs commencer indifféremment, il nous semble, par le fil interne ou externe. Dans les trois premiers cas opérés par M. Richelot, où la hernie était petite,

et dans lesquels l'incision du Gimbernat n'a pas été nécessaire, deux fils ont suffi. Un troisième fil plus interne a été ajouté dans le cas de la grosse hernie irréductible, où l'incision du ligament de Gimbernat a été pratiquée. De même M. Dujarier a cru devoir passer un troisième fil dans le cas d'une hernie crurale ayant récidivé.

Les fils une fois passés sous le ligament, on a deux chefs, un supérieur et un inférieur. On pique alors avec l'aiguille le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse et on passe le chef supérieur. M. Dujarier préfère passer le fil dans la face antérieure des muscles, ce qui formera, au moment de l'abaissement, un solide bourrelet musculaire derrière le ligament de Cooper.

Ensuite, on introduit l'aiguille dans le bord postérieur de l'arcade, en piquant de bas en haut, et on passe le chef inférieur des fils. Il ne reste plus qu'à nouer les deux chefs de chaque fil. Il est facile de comprendre que ceci entraînera, d'une part, l'abaissement de l'arcade, qui vient se mettre au contact avec le ligament de Cooper ; d'autre part, l'abaissement, vers ce même ligament, des muscles. Une dépression se forme, visible, à l'endroit où on a passé les fils.

Il semble, au premier abord, que ce temps opératoire est très difficile et, d'autre part, dangereux.

Difficile, parce qu'il faut passer des fils dans une région profonde et sous un ligament résistant. Dangereux, parce qu'on risque de blesser les vaisseaux

fémoraux et même le péritoine, au moment du dégagement de l'aiguille.

En ce qui concerne la première objection, nous considérons que le passage des fils n'est pas aussi difficile qu'on se l'imagine. Il est certain qu'on opère profondément, mais le large accès que donne cette voie, permet de passer les fils facilement lorsqu'on a une certaine habitude et qu'on a pris la précaution de choisir une aiguille présentant une assez forte courbure. On arrive de même à éviter la blessure de la veine fémorale au moment de l'engagement de l'aiguille, à l'aide d'un écarteur qui repousse ce vaisseau au dehors.

Quant au deuxième danger, il est évident que, pour que l'aiguille traverse le ligament de Cooper, on lui imprime une impulsion qui est assez forte pour la porter brusquement en avant au moment où elle s'en dégage, et blesser ainsi le péritoine. Mais, il sera facile de parer à ce danger, en protégeant le péritoine, non pas avec un écarteur, qui constituerait un moyen insuffisant, mais avec une valve sur laquelle viendra buter la pointe de l'aiguille.

Quant à savoir la place qu'on doit donner au ligament rond ou au cordon spermatique, ceci dépend de l'opinion de chaque chirurgien. M. Richelot n'a pas eu à s'en préoccuper, puisque toutes ses opérées étaient des femmes où le ligament rond n'a pas été vu. M. Dujarier, qui le laissait toujours en avant, a préféré chez ses derniers opérés laisser le cordon en arrière.

Il nous semble que le procédé de Parlavecchio, que nous venons de décrire, est le meilleur d'abord, parce qu'il est le plus simple de tous ceux qui ont été imaginés pour la cure de la hernie crurale par voie inguinale, et ensuite parce qu'il empêche efficacement la récidive, en fermant l'anneau d'abord par rapprochement de ses parois antérieure et postérieure, mais surtout en l'excluant de la cavité péritonéale par l'abaissement des muscles, ce qui fait que l'anneau cesse d'être en rapport immédiat avec le péritoine. Certains chirurgiens même ont pensé que cette exclusion de l'anneau était suffisante pour écarter le danger de récidive.

Ce procédé présente encore l'avantage de renforcer puissamment la paroi postérieure du canal inguinal, si faible à cet endroit et d'écarter le danger de la reproduction de la hernie, mais par voie inguinale.

5° *Fermeture du canal inguinal.* — Il ne reste plus qu'à réunir par des points au catgut les deux lèvres de l'incision de l'aponévrose du grand oblique et ensuite les deux lèvres de l'incision cutanée à l'aide de crins ou d'agrafes.

L'opération se trouve ainsi terminée.

L'opérée présentera une petite cicatrice voisine de l'arcade que les poils du pubis vont dissimuler en partie ou en totalité suivant le développement du système pileux. C'est encore un des avantages de ce procédé d'autant plus intéressant que la hernie crurale est une infirmité qui se rencontre, comme

nous le savons, le plus souvent chez la femme, assez souvent chez la jeune femme, et lorsqu'on opère par voie crurale, l'incision verticale que l'on pratique rend la cicatrice très visible.

Tel est le procédé de cure radicale par voie inguinale qui nous semble être le plus simple.

Il nous semble préférable d'exposer immédiatement les quatre observations qu'a mises obligeamment à notre disposition M. le Dr Richelot, et que nous apportons à l'appui de cette thèse. Deux observations concernent des hernies ne présentant aucune particularité, la troisième c'est l'observation d'une hernie crurale ayant présenté, à deux reprises, des phénomènes d'étranglement. La quatrième, celle d'une hernie relativement volumineuse, avec adhérences de l'épiploon au fond du sac.

# OBSERVATIONS

## OBSERVATION I

M^me^ L..., trente-cinq ans, salle Lallier, n° 5, présente une hernie crurale du côté gauche, du volume d'une petite noix. Cette hernie est manifestement épiploïque et ne contient pas d'intestin ; elle est réductible, devient plus grosse pendant la marche et cause des tiraillements douloureux. Aucun phénomène inflammatoire.

L'opération est faite par la voie inguinale, le 9 mars 1915, par M. Richelot. Incision du trajet inguinal, depuis l'épine du pubis, dans une longueur de 7 à 8 centimètres. Le ligament rond est soulevé avec la sonde cannelée et recliné avec un écarteur. Le bord postérieur de l'arcade crurale étant mis à nu, le fascia transversalis est séparé de ce bord avec la sonde cannelée ; la veine, qui ordinairement longe ce bord, est respectée et éloignée à l'aide de l'écarteur. Un autre écarteur, placé à l'angle externe de la plaie, éloigne les vaisseaux épigastriques sans qu'on cherche à les voir. La graisse sous-péritonéale est dissociée et laisse à nu le péritoine ; celui-ci est ouvert par une incision verticale qu'on répère avec deux pinces. L'épiploon n'est pas engagé dans l'anneau crural ; on l'attire au dehors et on en réséque une certaine quantité. Puis des tractions sont exercées sur le sac pour le

dégager du canal crural ; le débridement du ligament de Gimbernat n'a pas été jugé nécessaire. Le sac est extrait par glissement, grâce à la présence de la graisse sous-péritonéale ; cependant une déchirure se produit, et il reste une minime portion du sac dans le canal crural. La majeure partie est luxée dans la région inguinale et réséquée largement.

Pour fermer l'anneau crural, deux fils de catgut sont passés dans le ligament de Cooper. L'un des chefs de chaque fil traverse la paroi postérieure de l'arcade crurale, et l'autre les faisceaux inférieurs du petit oblique et du transverse. En serrant ces fils, le bord musculaire, d'une part : et d'autre part, le bord postérieur de l'arcade viennent s'unir solidement au ligament de Cooper et fermer l'anneau.

Suture de la paroi antérieure du canal inguinal et réunion de la plaie sans drainage.

Guérison rapide, sans aucun accident.

## OBSERVATION II

Mme B..., cinquante-cinq ans, salle Lallier, n° 6, porte une hernie crurale droite, partiellement irréductible, grosse comme une noix et ne contenant pas d'intestin. Il n'y a jamais eu de phénomènes d'étranglement ; gêne et douleur à la pression et pendant la marche.

L'opération par voie inguinale est faite le 16 mars 1915, par M. Richelot. L'incision est la même que dans l'observation précédente. Le ligament rond décollé et soulevé par l'écarteur, le fascia transversalis est incisé le long du bord postérieur de l'arcade crurale ; la veine qui longe ce bord est reclinée ainsi que les vaisseaux épigastriques qu'on a

découverts à l'angle externe de la plaie. Dissoeiation de la graisse sous-péritonéale, incision verticale du péritoine.

L'épiploon apparaît, un gros faisceau est engagé dans l'anneau crural. Sans débrider le ligament de Gimbernat, on exerce des tractions pour dégager ce faisceau, mais comme il adhère à l'intérieur du sac, il se rompt au niveau de l'anneau ; on réséque largement son bout supérieur, puis on procède au dégagement du sac contenant le bout inférieur, c'est-à-dire une minime partie du faisceau épiploïque. Le sac glisse facilement sur les parois du canal crural et est extrait en totalité puis réséqué avec les parties voisines du péritoine, de manière à ne pas laisser d'infundibulum.

La fermeture de l'anneau est faite, comme dans l'observation précédente, avec des fils de catgut prenant à la fois le ligament de Cooper, le bord postérieur de l'arcade et les faisceaux inférieurs du petit oblique et du transverse.

Suture du canal inguinal, fermeture de la plaie sans drainage.

Guérison simple et rapide.

## OBSERVATION III

Mme M..., trente-neuf ans. Salle Lailler, no 19, vient à l'hôpital pour des signes de cystite probablement tuberculeuse. État général actuel mauvais : amaigrissement, perte des forces. Aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Le 13 avril, dans la soirée, pendant les efforts de défécation, la malade éprouve une vive douleur dans la racine de la cuisse droite ainsi qu'une sensation d'étouffement. Quelques heures plus tard, elle commence à avoir des vomissements

poracés. Il y a arrêt complet des matières et des gaz. La malade qui sait avoir une hernie remarque que cette dernière ne rentre plus. Dans la matinée, la hernie s'est réduite spontanément, ce qui amène la cessation complète de tous ces symptômes. En l'examinant, alors on trouve une petite tumeur du volume d'une petite noix, franchement située sous l'arcade crurale droite. Elle est facilement réductible. La malade nous dit qu'elle l'a remarquée pour la première fois, il y a sept ans, et que depuis elle a peu changé de volume. Elle n'a jamais été douloureuse. Il y a trois semaines, la hernie s'est déjà étranglée une première fois Cet étranglement a cessé spontanément au bout d'une demi-heure.

Opération par voie inguinale le 17 avril. Opérateur M. Richelot. Anesthésie au chloroforme.

Incision habituelle longue de 6 centimètres environ. Après incision de l'aponévrose du grand oblique, on ouvre la paroi postérieure du canal et on tombe sur la graisse sous-péritonéale. On découvre facilement le péritoine et le collet du sac. Incision, de deux centimètres environ, sur le péritoine. On s'aperçoit que le contenu du sac est de l'épiploon que l'on lie et coupe le plus haut possible. On tire le sac en haut, qui obéit facilement à cette traction, avec l'épiploon qui adhérait au fond du sac. Résection haute du sac et fermeture du péritoine.

La fermeture de l'anneau s'obtient, comme dans les cas précédents, par deux fils que l'on passe facilement sous le ligament de Cooper.

On termine par la fermeture de la paroi antérieure du canal et des plans superficiels.

Durée totale de l'opération, vingt-deux minutes.

Guérie sans incident.

## OBSERVATION IV

Mme H..., cinquante-trois ans, salle Lailler, n° 2, vient pour tumeur nettement située sous l'arcade crurale droite, présentant tous les caractères d'une hernie épiploïque. Elle l'a remarquée pour la première fois il y a deux ans. A ce moment, elle était plus petite, réductible et non douloureuse. Depuis deux mois elle a commencé à grossir, et en même temps elle est devenue douloureuse à la pression et pendant la marche. Aujourd'hui, présente le volume d'une grosse noix, elle est presque totalement irréductible et douloureuse.

Opération par voie inguinale le 18 mai 1915. Opérateur M. Richelot.

Après l'incision habituelle de la peau, et d'une épaisse couche graisseuse sous-cutanée, on arrive sur l'aponévrose du grand oblique que l'on incise.

On écarte en haut le ligament rond avec les muscles postérieurs et en dehors les vaisseaux épigastriques. Après ligature de la veine qui suit le bord postérieur de l'arcade, on effondre la paroi postérieure du canal et on dénude le bord postérieur de l'arcade. On découvre alors la graisse sous-péritonéale qu'on dissocie jusqu'à la découverte du péritoine que l'on incise. On constate que le contenu du sac, c'est l'épiploon, adhérent au fond de celui-ci. On le lie le plus haut possible et on le coupe. Vu le volume de la hernie, et le petit calibre de l'anneau, le passage du sac par traction est jugé impossible, aussi a-t-on recours immédiatement à l'incision du ligament de Gimbernat. Cette incision permet l'introduction du doigt dans le triangle de Scarpa et la

décortication du sac ; en tirant alors sur son collet, on l'amène facilement dans la plaie inguinale et on le résèque après ligature haute.

On ferme l'anneau au moyen de trois fils. Le troisième fil supplémentaire est passé plus en dedans, dans la région où s'insérait le ligament de Gimbernat. On noue les fils et on termine l'opération par la réunion de l'aponévrose du grand oblique, et de l'incision cutanée.

Suites opératoires normales.

## Autres procédés utilisant les muscles postérieurs

### *Procédé de M. Desmaret*

Ce procédé est sensiblement identique à celui qui a été décrit par Dujarier. Les deux travaux ont d'ailleurs paru presque simultanément et les deux techniques ne diffèrent que par quelques détails, celui par exemple de savoir s'il faut ou non inciser le ligament de Gimbernat lorsque son volume ne permet pas au sac de traverser l'anneau. C'est un point qui a été déjà discuté.

Beaucoup plus importante est la proposition que Desmaret faisait un peu plus tard, dans son article paru dans *la Presse médicale*, et d'après laquelle il croit avantageux de faire l'appendicectomie toutes les fois qu'on opère une hernie crurale droite. Cet auteur, en effet, conclut : « Dans toute hernie cru-

rale droite non étranglée, l'ablation de l'appendice est indiquée. La cure radicale de la hernie et l'appendicectomie ne peuvent être facilement exécutées qu'en passant par la voie inguinale, et c'est là un sérieux avantage qu'il faut inscrire à l'actif de la voie inguinale dans la cure radicale des hernies crurales droites. »

La technique qu'il emploie est très simple. En effet, aprés avoir traité le contenu du sac herniaire, il place deux écarteurs dans l'ouverture péritonéale, ce qui donne un accès facile dans la région de l'appendice. Il tire l'appendice par la plaie et pratique l'appendicectomie, puis, après avoir réséqué le sac, il ferme la brèche péritonéale par un surjet au catgut, et termine par l'oblitération de l'anneau crural.

Nous n'avons jamais vu pratiquer cette opération, mais les opérations complémentaires, telles que l'appendicectomie après hystérectomie, appendicectomie après cure radicale de la hernie inguinale droite, comme l'a proposé M. Gosset, étant devenues des opérations faciles, grâce à l'emploi de la méthode Listérienne, il nous semble que, lorsque la hernie crurale n'est pas étranglée, lorsque l'état général du malade ne craint rien d'une prolongation de l'anesthésie chloroformique, on peut le faire bénécier d'une appendicectomie.

Desmaret, qui rapporte dans son article trois opérations, dit que ce n'est que dans les cas d'appendice haut situé, ou fixé par des lésions inflammatoires, que l'ablation devient difficile. Il est arrivé

pourtant à terminer l'opération dans un cas difficile où l'appendice présentait un très court méso à sa pointe.

## Oblitération de l'anneau par le simple abaissement des muscles postérieurs

### *Procédé de Chaput*

Nous commencerons par décrire le procédé de M. Chaput, décrit dans un article paru dans *la Presse Médicale* en 1902, et sur lequel est basé la thèse de son élève Rollin (1908).

M. Chaput dit d'abord avoir renoncé à la cure radicale des hernies crurales par les procédés autoplastiques à cause de la fréquence des récidives, et il admet comme axiome, la nécessité de fermer l'anneau crural par voie inguinale, pour éviter la production de la petite dépression, dont nous avons parlé et qui persiste au-dessus de la suture lorsqu'on ferme l'anneau par voie crurale. Mais il constate que dans les grosses hernies crurales, le collet n'arrive pas dans le triangle de Scarpa en passant seulement par l'anneau, mais aussi, en passant devant les vaisseaux, et que si on se borne à suturer l'arcade au ligament de Cooper, on laisse persister deux orifices, l'un au devant et l'autre en dedans de la veine. Pour obtenir donc la cure radicale, il se propose

trois choses : la fermeture de l'anneau, et celle des deux sinus préfémoral et fémoral interne, comme il les appelle.

Pour fermer l'anneau, il suture seulement les muscles postérieurs avec le ligament de Cooper, et évite de suturer l'arcade en même temps, comme dans la méthode de Parlavecchio, de peur de comprimer les vaisseaux. A ce danger de compression de vaisseaux on a élevé des objections, que nous exposerons plus loin, et qui nous paraissent bien fondées.

On peut de plus formuler une critique à ce procédé. Cette exclusion de l'arcade de la suture expose le malade plus facilement à une récidive. En effet, dans le procédé de Dujarier, on oppose à la poussée intestinale deux barrières constituées, une par l'arcade, l'autre par les muscles. Celle des muscles est évidemment, comme le dit Dujarier, la plus sûre, mais, si pour une raison quelconque, les sutures musculaires cèdent, dans le procédé de M. Chaput l'anneau se trouve en même temps de nouveau ouvert, tandis que dans le procédé de Parlavecchio, on a la chance d'avoir une arcade qui s'est bien soudée au ligament de Cooper, et qui pourra ainsi maintenir l'anneau fermé.

M. Bérard, comme on le verra, évite dans le procédé opératoire qu'il a décrit, de suturer l'arcade, parce qu'il pense que celle-ci tiraillée par les points de suture finit par s'érailler, et sa résistance est compromise. Il nous semble pourtant, que le fait de

la résistance de l'arcade est définitivement établi depuis qu'on emploie la méthode de Bassini pour la cure radicale des hernies inguinales, méthode qui consiste à suturer les muscles au bord supérieur de cette arcade. Il est indiscutable que la paroi musculaire se prête facilement à ce déplacement vers l'arcade, tandis que le ligament de Cooper est immobile, et l'arcade tendue entre ses insertions. Nous rappelons pourtant que, comme l'a montré Ruggi, le bord postérieur de l'arcade que l'on prend dans le procédé de Parlavecchio, est généralement peu tendu, et s'abaisse facilement de quelques millimètres pour se mettre au contact du ligament de Cooper.

Pour fermer l'anneau préfémoral interne, M. Chaput suture au catgut fin la gaine des vaisseaux au bord inférieur du petit oblique.

Enfin, pour réaliser la fermeture du sinus préfémoral il agit de même, en suturant la gaine antérieure des vaisseaux au même muscle et à l'arcade, mais en ménageant un petit espace pour le passage du cordon.

En somme, le procédé de M. Chaput diffère considérablement de celui que nous avons vu employer, car, outre qu'il incise sur l'arcade même pour pouvoir agir à la fois dans la fosse de Scarpa et la région inguinale, il évite la suture de l'arcade, et ajoute des sutures qui prennent les gaines vasculaires.

S'il est certain qu'en essayant de fermer ainsi les sinus préfémoraux on diminue les chances de réci-

dive, et si on peut employer ce procédé dans les grosses hernies à tissus peu résistants (mais où, probablement, les gaines vasculaires sont diminuées aussi de résistance), il n'est pas moins sûr qu'en ne fermant l'anneau que par la suture des muscles, on n'oppose à la poussée péritonéale qu'une seule barrière, comme il a déjà été dit.

### *Procédé de Bérard*

M. Bérard, au congrès de Bruxelles en 1908, a présenté un nouveau procédé, voisin de celui de Parlavecchio, mais dans lequel l'auteur essaie d'augmenter la résistance de l'anneau contre la récidive au moyen d'une myoplastie par glissement de l'aponévrose du grand oblique.

Le premier temps de l'opération de Bérard consiste dans une incision crurale verticale, qui permet d'atteindre et de disséquer le sac.

Dans le deuxième temps, il ouvre l'aponévrose du grand oblique et tire le sac dans la plaie inguinale. Nous reproduisons les troisième et quatrième temps qui distinguent l'opération des autres procédés :

Troisième temps. « — Une aiguille mousse de Dechamps passe un solide tendon de renne par l'orifice crural dans la lèvre supérieure de l'incision musculo-aponévrotique inguinale. Un ou deux points en U permettent d'abaisser ainsi un solide rideau musculo-aponévrotique qui vient oblitérer l'anneau,

et le fixent, d'autre part, au ligament de Cooper et au pectiné.

Quatrième temps. — Le bord inférieur de l'incision aponévrotique inguinale est relevé comme un deuxième rideau et suturé aussi haut que possible à la paroi abdominale. Derrière, suture cutanée. »

C'est là évidemment un procédé qui peut compléter avantageusement la fermeture de l'anneau crural, du moins dans certains cas de hernie crurale récidivante avec anneau large. Bérard qui, jusqu'au jour de sa communication, avait opéré 29 malades, n'a obtenu que des résultats satisfaisants. Il nous semble, pourtant, que c'est là une opération qui peut avoir des indications seulement dans certains cas exceptionnels de grosses hernies avec anneau large. On peut s'inquiéter d'autre part, à juste titre, de ce que devient le tendon de renne qu'on laisse en place. M. Bérard dit qu'il se résorbe en deux ou trois mois et, d'autre part, qu'il n'a jamais observé à la suite d'une opération des débris musculaires ou autres sphacèles.

### *Procédé de Morton*

Ce chirurgien a imaginé un procédé de cure radicale par voie inguinale, un peu spécial, que voici :

Il fait une incision en ⅂ dont l'angle est supéro-interne, et dont la branche horizontale est parallèle et supérieure à l'arcade. Il découvre ainsi le triangle de Scarpa d'une part, l'aponévrose du grand oblique d'autre part. Il libère le sac et traite son

contenu dans la fosse de Scarpa même, puis, en ouvrant le canal inguinal, découvre l'anneau crural, attire le sac et le réséque.

Pour éviter la récidive, M. Morton relève après incision de l'aponévrose pectinéale un lambeau qu'il vient suturer au bord inférieur des muscles petit oblique et transverse, ce qui forme un rideau qui empêche la pénétration des hernies dans le canal crural.

Nous voyons que M. Morton ne ferme pas l'anneau à proprement parler, mais se contente de former un rideau devant lui. Les raisons qui lui font éviter la suture de l'arcade au ligament de Cooper sont, d'une part, le danger de blesser la veine au moment où l'on passe les points de suture ; d'autre part, la crainte de comprimer les vaisseaux par l'abaissement de l'arcade.

La première raison nous semble inadmissible. En effet, dans la cure radicale de la hernie crurale, on arrive beaucoup plus facilement à écarter sûrement le danger, puisqu'on a, pour ainsi dire, sous ses yeux les vaisseaux fémoraux, que dans la cure de hernie inguinale, où l'on pique l'arcade sans voir les organes situés sous elle.

L'autre objection a été adressée par tous les chirurgiens qui ont attaqué la cure radicale par voie inguinale, aussi nous nous disposons de la discuter plus loin. Disons pourtant tout de suite qu'il n'y a aucune observation rapportant des troubles vasculaires, secondaires à une cure radicale par ce procédé.

*Procédé de Frank.*

Frank suit une technique assez analogue. Il fait une double incision inguinale et verticale; cette dernière lui permet d'atteindre le sac dans la fosse de Scarpa, de le libérer et de traiter son contenu. Puis, se reportant à l'incision inguinale, il incise le fascia transversalis après ouverture du trajet inguinal, et attire le sac qu'il lie comme d'habitude. Il fixe le moignon à la Barker et il termine l'opération par la fermeture de l'anneau, qu'il obtient en suturant à l'aponévrose pectinéale et au périoste de la branche horizontale du pubis, le petit lambeau du fascia tranversalis resté adhérent à l'arcade fémorale ; et, d'autre part, en suturant les muscles postérieurs du canal inguinal au ligament de Cooper.

Ce procédé, assez analogue, comme on le voit, au procédé de Morton, est passible des mêmes objections.

## Simple résection du sac, sans fermeture de l'anneau

*Procédé de Vallas et Perrin*

C'est un procédé très simple, puisqu'il consiste, en effet, à la résection du sac sans fermeture de l'anneau, et qui a été décrit par MM. Vallas et Perrin dans un article paru au *Lyon chirurgical.*

Vallas et Perrin incisent parallèlement à l'arcade crurale comme dans la méthode de Ruggi et, après ouverture du canal inguinal, ils reconnaissent l'anneau et le sac qu'ils attirent en haut. Ils ouvrent le sac, traitent le contenu et réséquent le premier, après ligature, aussi haut que possible. Sans fermer alors l'anneau, ils terminent l'opération par réunion des plans superficiels.

Quant à l'incision, Vallas et Perrin pensent qu'on peut la faire systématiquement crurale et en même temps inguinale, la première « surtout exploratrice si le diagnostic n'est pas ferme et si l'on conserve un doute sur la nature de la tumeur. »

Il nous semble que c'est là une incision superflue, d'abord parce qu'en ouvrant le canal inguinal et en découvrant l'anneau, on peut voir immédiatement s'il ne s'agit pas d'une hernie crurale, et nous pouvons relater à ce sujet l'observation d'une malade qui est entrée dans le service de M. Richelot pour une tumeur du pli de l'aine et chez laquelle on a fait le diagnostic de hernie crurale, la tumeur étant nettement sous l'arcade. Lorsqu'on a découvert l'anneau pourtant, on s'est aperçu qu'il n'y avait pas trace de sac et en poursuivant les investigations, qu'il s'agissait d'une hernie inguinale directe dont on a fait la cure radicale, après avoir fermé l'anneau crural comme s'il y avait eu réellement une hernie crurale. Si donc on ne trouve pas de collet au niveau de l'anneau et qu'il n'y a pas de hernie inguinale, ayant pu donner lieu à erreur, comme cela peut

arriver chez la femme, on est libre d'aller chercher la tumeur dans la fosse de Scarpa en décollant la lèvre inférieure de la plaie, sans être obligé de faire une nouvelle incision crurale.

Vallas et Perrin trouvent la simple ligature du sac suffisante; parce qu'ils admettent que c'est surtout le péritoine qui est en cause dans la production de la hernie. Il nous semble qu'il n'est pas juste de considérer le rôle de l'anneau herniaire comme aussi peu important, surtout dans la hernie crurale où l'anneau présente la particularité d'être rigide et de rester béant. Il nous semble que ces deux facteurs présentent une égale importance, et que, pour faire une bonne cure radicale, la résection même haute du sac ne suffit pas, mais la fermeture de l'anneau s'impose. MM. Vallas et Perrin pensent pourtant que les tissus qu'on réunit étant aponévrotiques, la réunion ne peut pas être durable. C'est un point que nous nous proposons de discuter plus loin.

Dans les 11 observations que rapportent les deux auteurs, on trouve deux récidives. Cette proportion de 18 o/o de récidive n'est pas en faveur, il nous semble, de la non oblitération de l'anneau.

## Description de quelques procédés spéciaux.

### *Procédé de Stecchi*

Le premier inconvénient que présente le procédé de Stecchi est de n'être applicable que chez la femme,

puisqu'il s'adresse au ligament rond pour fermer l'anneau.

Pour cela, après avoir disséqué le sac dans la fosse de Scarpa, traité son contenu par voie inguinale et l'avoir réséqué, il cherche le ligament rond, le tire par sa partie moyenne, et, après l'avoir passé sous l'arcade, le fixe en trois points différents :

1° Au ligament de Gimbernat en dedans ;

2° A l'arcade en haut ;

3° A l'aponévrose du pectiné en bas.

Comme le fait très justement remarquer Parlavecchio, l'oblitération de l'anneau ne pourra pas être complète, à cause de la grande disproportion qui existe entre le ligament rond et le calibre de l'anneau.

### *Procédé de Bonomo*

Cet auteur : après avoir traité la hernie par voie crurale, introduit un doigt dans le canal inguinal et déprime le fascia transversalis contre l'orifice supérieur du canal crural pour pouvoir coudre ainsi ce feuillet au ligament de Cooper et oblitérer l'anneau.

Or, la résistance du fascia transversalis est illusoire et le plus souvent ce fascia est réduit à une mince lame celluleuse à peine reconnaissable qui ne saurait s'opposer par sa résistance à la descente de l'intestin.

Nous finirons l'étude des différents procédés en

décrivant trois procédés opératoires qui, bien qu'abordant le sac par voie crurale, arrivent à obtenir la résection élevée du péritoine, avec fermeture de l'anneau par la méthode de Parlavecchio.

Ce sont les techniques de Delagenière du Mans, de Fabricius, et enfin celle de Guibé et Proust qui a été décrite dans *la Presse médicale*.

### *Procédé de Delagénière*

Pour obtenir un accès dans la profondeur, Delagénière, après la découverte du sac par incision crurale et le traitement de son contenu, vient pratiquer, à petits coups de ciseaux, l'incision de l'arcade crurale sur une longueur de 10 à 15 millimètres environ. Dans l'échancrure ainsi formée à l'arcade, il attire le sac et pose une ligature qui supprime l'infundibulum, et fixe le moignon du sac à la Barker.

L'oblitération de l'anneau s'obtient par des fils qui unissent l'arcade et l'aponévrose du pectiné et même la bandelette ilio-pectinée. La section de l'arcade permet un rapprochement facile. Il est certain que, par cette méthode, on obtient la résection complète de l'infundibulum. Mais, à côté de cet avantage, l'opération présente de sérieux inconvénients. Sans parler, en effet, de la persistance après abaissement de l'arcade d'un anneau triangulaire qui répond à l'échancrure produite en incisant

celle-ci, et de la fermeture moins parfaite de l'anneau crural que, dans le procédé de Parlavecchio, elle présente surtout l'inconvénient d'affaiblir, en le coupant, un puissant ligament, et d'exposer le malade à des éventrations consécutives, comme l'avait supposé Berger. Vanverts de Lille dit avoir observé trois cas de distension de la paroi à la suite de cette opération.

### *Procédé de Fabricius*

Fabricius, au lieu de couper l'arcade au niveau de l'anneau, la désinsère au niveau de son insertion pubienne. Ceci lui permet d'avoir un large accès derrière l'arcade, et par conséquent non seulement de réséquer haut le sac, mais aussi d'abaisser les mnscles postérieurs comme le fait Parlavecchio.

Cette opération est donc passible, en partie, du même reproche fait à l'opération précédente.

### *Procédé de Guibé et Proust*

Par leur procédé, MM. Guibé et Proust cherchent à obtenir deux résultats :

1° La résection haute du sac ;

2° La fermeture hermétique de l'anneau par la méthode de Parlavecchio.

Voilà comment ils procèdent :

Ils incisent parallèlement à l'arcade crurale et au-

dessous d'elle, découvrent le sac et le libèrent de ses adhérences. Ils découvrent le ligament de Gimbernat, qu'ils sectionnent complètement jusqu'à l'insertion pubienne de l'arcade. « Immédiatement, disent ces auteurs, toute la région devient accessible ». Ils ouvrent le sac, traitent son contenu, et le lient au-dessus de l'infundibulum.

Dans un deuxième temps, ils oblitèrent l'anneau crural, en unissant, d'abord, les muscles postérieurs du canal inguinal au ligament de Cooper, puis l'arcade crurale à l'aponévrose pectinéale.

MM. Guibé et Proust insistent sur le grand jour que donne leur procédé, mais nous ne pouvons croire que ce jour peut être comparé au large champ opératoire dans lequel permet de travailler la voie inguinale.

Nous nous sommes demandé, d'autre part, si on ne risque pas de blesser le péritoine avec l'aiguille, au moment du passage des fils dans le ligament de Cooper, puisqu'on n'a pas la faculté, comme dans la technique par voie inguinale, de le protéger efficacement à l'aide d'une valve.

Un commun reproche que nous croyons pouvoir adresser à ces trois dernières techniques, c'est de chercher à obtenir un résultat par voie crurale, au moyen de la section des ligaments, et que l'on peut obtenir avec autant de facilité par voie inguinale, sans être pour cela obligé de toucher à ces ligaments.

## Avantages et inconvénients du procédé décrit par M. Dujarier

Nous avons exposé tous les procédés décrits de cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale.

Nous accordons nos préférences au procédé de Parlavecchio avec les légères modifications apportées par M. Dujarier, c'est-à-dire au procédé qui va d'emblée chercher le sac par le canal inguinal, en traçant pour cela une incision inguinale, qui obture l'orifice crural par abaissement des muscles postérieurs et suture de ceux-ci en même temps que de l'arcade crurale au ligament de Cooper.

Nous préférons ce procédé aux autres pour toutes les raisons que nous avons mises en évidence au cours de notre description, à savoir :

1° Il est simple et rapide, dans son exécution ;

2° Dans tous les cas de hernie de volume moyen, il donne des résultats excellents, comme le prouvent suffisamment les 4 opérées de M. Richelot, les 31 de M. Dujarier, et les 17 opérées de M. Desmaret, ce qui fait 52 opérations à la suite desquelles il n'y a eu qu'une seule récidive, soit une proportion de 2 o/o.

Il nous semble, que les procédés plus complexes de M. Chaput, de M. Bérard doivent être réservés pour les cas de hernies crurales volumineuses.

Plusieurs reproches ont été pourtant adressés à ce

procédé de cure radicale, et, d'une façon générale, à la cure radicale par voie inguinale.

On lui a reproché que c'est un procédé long et difficile, qu'il est dangereux, que, s'il est incontestable qu'il supprime un des facteurs de la récidive, à savoir : l'infundibulum présacculaire, par contre, l'oblitération de l'anneau est illusoire.

a) *Procédé difficile et long.* — Ce reproche a été basé sur les difficultés qu'on éprouve lorsqu'il s'agit de trouver le péritoine. C'est une difficulté réelle que nous avons rencontrée chez une de nos quatre opérées. En effet, le péritoine est caché par la graisse sous-péritonéale, peut-être plus développée ici qu'ailleurs. Pourtant, une fois qu'on a reconnu cette graisse, en la disséquant attentivement, on finit par reconnaître le péritoine grâce à sa couleur blanchâtre et aux stries qu'il présente à sa surface, comme le fait remarquer M. Dujarier.

Une fois qu'on a trouvé le péritoine, d'après certains chirurgiens, on éprouverait des difficultés pour tirer le sac et l'amener dans la plaie inguinale. Nous avons suffisamment démontré, nous semble-t-il, que ce reproche est mal fondé. La graisse sous-péritonéale qui accompagne le sac jusque dans la fosse de Scarpa, le tissu cellulaire et graisseux qui entoure le sac dans cette même région, ne peuvent que rendre facile la luxation du sac dans la plaie inguinale. Nous l'avons très nettement constaté chez les opérées de M. Richelot, qui n'a été obligé d'avoir recours au

débridement de l'anneau pour attirer le sac que dans le cas de hernie crurale volumineuse.

Nous n'avons non plus jamais vu rencontrer la difficulté dont parlent MM. Vallas et Perrin et M. Chaput : rapprocher l'arcade au ligament de Cooper. Cette difficulté, qui peut être réelle lorsqu'on cherche à rapprocher le bord inférieur de l'arcade dans la cure radicale par voie crurale, ne doit constituer qu'une rareté dans le procédé par voie inguinale, à cause de la plus grande laxité du bord postérieur de celle-ci, dont nous avons parlé ; seul M. Desmaret cite un cas où il n'a pas pu rapprocher l'arcade au ligament de Cooper.

Quant à la difficulté qu'on éprouverait au moment du passage des fils, nous avons dit ce qu'il en était. Si on a pris la précaution de bien mettre en évidence, les ligaments de Cooper et de Gimbernat, d'écarter l'arcade en bas et de choisir, pour la région profonde où l'on opère, une aiguille à courbure suffisante et bien pointue, le passage des fils devient une opération facile.

Il n'est donc pas juste de considérer ce procédé comme un procédé difficile ; et, depuis qu'on a supprimé la dissection préalable du sac dans la fosse de Scarpa, qu'on a réduit à deux le nombre de fils qu'on doit passer dans le ligament de Cooper, que le même fil sert pour prendre et l'arcade et les muscles, on a considérablement abrégé l'opération, qui peut être facilement exécutée en vingt ou vingt-cinq minutes. D'ailleurs, même si l'on considérait

ce procédé long et difficile, du moment où l'on reconnaît sa supériorité sur la voie crurale, au point de vue résultats, ceci ne constitue-t il pas une raison suffisante dans ce cas pour le lui préférer ? N'at-on pas abandonné la vieille opération d'Alexander pour la ligamentopexie ou l'hystéropexie abdominale, opérations beaucoup plus dangereuses et longues, mais supérieures à la première comme résultats ?

*b*) Tout le monde s'est mis d'accord pour reconnaître que la fermeture de l'anneau, telle qu'elle est pratiquée dans le procédé de Parlavecchio, est supérieure à la fermeture de celui-ci par voie crurale. Cette double barrière que l'on crée, dont l'une oblitère l'anneau, dont l'autre sert à former une véritable muraille musculaire qui le sépare du péritoine, ne peut être que radicale contre la possibilité de la récidive.

Certains chirurgiens pourtant, dont Vallas et Perrin, ont émis des doutes, d'une part, sur la possibilité de soudure entre eux de ces différents plans fibreux qu'on réunit ; d'autre part, sur la résistance du ligament de Cooper, perforé par deux séries des points de suture, une qui le réunit à l'arcade, l'autre aux muscles. On ne doit plus faire cette objection depuis qu'on a réuni les deux séries en une seule, et qu'on a réduit à deux le nombre des points de suture.

Quant à l'autre objection, Parlavecchio relate justement, dans son travail, les expériences faites par Giordano qui ont démontré la possibilité d'adhérence parfaite entre l'aponévrose pectinéale et le

ligament de Fallope ; il en conclut qu'il est probable que l'adhérence est tout aussi possible entre le ligament de Cooper et l'arcade. Il nous semble, d'ailleurs, que les interventions sur les tendons, que l'on pratique couramment, telles que ténoraphies, anastomoses tendineuses, démontrent suffisamment le bien fondé de cette hypothèse.

*c*) On a enfin reproché à ce procédé de représenter des dangers sérieux et principalement de favoriser par l'ouverture du canal inguinal la production de la hernie inguinale ; c'est là, d'ailleurs, un reproche qui est adressé à la cure radicale par voie inguinale, en général, et qui est basé sur l'ouverture du canal inguinal que l'on pratique pour arriver au sac. C'est un danger qui est tout hypothétique, car nous n'avons trouvé aucune observation signalant une telle complication post-opératoire. M. Tuffier, pourtant, dans son travail, après avoir essayé de démontrer que ce péril était exagéré et qu'il ne constituait pas une raison suffisante pour abandonner cette opération, néanmoins l'admet comme réel, et émettait l'opinion que la cure radicale par voie crurale devait rester l'opération de choix.

Parlavecchio s'en était également préoccupé, aussi, déjà dans son premier travail, indiquait-il comme moyen d'écarter ce danger, de tracer une incision qui respectait les deux orifices inguinaux. La modification apportée ultérieurement par ce même auteur, et qui consiste à abaisser jusqu'au ligament de Cooper les muscles postérieurs, qui viennent ainsi doubler

d'une paroi solide la faible paroi postérieure du canal inguinal, a été, nous semble-t-t-il, un remède radical contre ce danger, et M. Dujarier va plus loin puisqu'il écrit dans son travail : « Je me demande si, dans certains cas graves de hernie inguinale, surtout chez les malades opérés plusieurs fois avec destruction complète de l'arcade de Fallope, on n'aurait pas par cette manœuvre un procédé efficace de cure radicale. » Certains chirurgiens l'auraient déjà tentée, tels que Lotheissen.

On a encore reproché à ce procédé la compression possible des vaisseaux fémoraux par l'arcade abaissée, ce qui constitue encore un reproche très hypothétique, puisque cette complication n'a jamais été observée par personne.

Nous avons vu comme il était facile d'écarter les vaisseaux fémoraux et épigastriques et d'éviter ainsi leur blessure possible.

On a encore pensé que le cordon spermatique pouvait être comprimé, aussi certains auteurs le laissaient devant le plan musculaire. M. Dujarier ; chez les hommes qu'il a opérés, l'a laissé derrière les muscles et n'a jamais observé de troubles de compression.

Une dernière critique qu'on a formulée, consiste à dire que la voie inguinale en général, facilite l'écoulement du liquide septique dans la cavité péritonéale, lorsqu'on intervient pour hernie étranglée. Nous n'avons jamais vu intervenir dans un cas pareil. Mais d'autres chirurgiens qui sont intervenus ont pu

parfaitement éviter cette propagation en protégeant convenablement la cavité péritonéale à l'aide de compresses.

Mais, à côté de ces inconvénients, dont les uns en réalité n'existent pas, dont les autres sont réels mais facilement évitables, cette façon d'opérer présente des avantages incontestables que nous avons déjà développés et que nous ne ferons ici que rappeler brièvement. C'est :

1° D'avoir un champ opératoire large où l'on peut travailler à son aise ;

2° De permettre la résection haute de l'épiploon ;

3° De pratiquer la ligature élevée du sac, dans laquelle se trouve ainsi compris l'infundibulum présacculaire ;

4° De fermer hermétiquement le bout supérieur de l'anneau à l'aide de deux barrières, tendineuse et musculaire, cette dernière formant un plan qui prolonge la face postérieure du pubis sans formation de diverticule.

## Indications et contre-indications

Il nous semble que cette technique opératoire devra être employée dans tous les cas de hernie crurale, aussi bien dans les hernies de gros volume que dans celles de petit ou moyen, aussi bien dans les hernies réductibles que dans celles qui sont irréductibles ou même étranglées.

Des chirurgiens très connus, comme Berger et Tuffier, ont cru trouver là la principale indication de ce procédé. Berger écrit, en effet : « Ce procédé convient particulièrement aux épiplocèles adhérentes, à cause de l'accès très facile qu'il donne vers l'infundibulum herniaire. Il pourrait également être employé avec profit dans la kélotomie pour étranglement d'une hernie crurale. »

Comme contre-indications, on lui a reconnu les sujets obèses, ce qui place, en effet, la région où l'on opère dans une profondeur considérable.

Elle est également contre-indiquée chez les individus qu'on opère pour une hernie étranglée datant depuis longtemps et qui est sphacélée et dont l'état général est précaire. Chez de tels sujets, ce qu'on cherche, ce n'est pas tant une cure radicale que de supprimer l'étranglement.

## CONCLUSIONS

La voie inguinale dans la cure radicale de la hernie crurale est le procédé de choix ; et, parmi les différents procédés proposés, le procédé de Parlavecchio, tel qu'il a été décrit par M. Dujarier, nous semble être le meilleur.

Son exécution est facile. Les deux principaux actes opératoires qui caractérisent ce procédé, c'est-à-dire la luxation du sac dans la plaie inguinale par de douces tractions sur le collet, et le passage des fils dans le ligament de Cooper, ne présentent, dans l'immense majorité des cas, aucune difficulté.

La fermeture de l'anneau crural, telle qu'on la pratique dans ce procédé, est rationnelle et féconde en résultats excellents.

Ce procédé est tout particulièrement indiqué dans les cas de hernie étranglée.

Comme contre-indications, nous ne voyons que les cas de hernies chez certains sujets particulière-

ment obèses, et la hernie étranglée depuis plusieurs jours, avec état général mauvais, où l'on doit se contenter de supprimer l'étranglement.

Vu : le Président de la thèse,
LEJARS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

# BIBLIOGRAPHIE


Annandale. — Case in whicha Reducible Oblique and Direct Inguinal and Femoral Hernia existed on the same Side and were successfully treated by opération (Edinburg medical Journal, 1876, t. XXI, IIe partie, p. 1087).

Ruggi. — Del metodo inguinale nella cura radicale dell' ernia crurale (Il raccoglitore medico, 1892, 5e série, vol. XIII, p. 227).

Parlavecchio. — Operazioni radicali di ernia crurale col metodo Ruggi modificato (Riforma medica, février 1893, t. II, n° 42, p. 496).

Tuffier. — Hernie crurale par voie inguinale (Revue de Chirurgie, 1897, p. 246).

Parlavecchio. — (Soc. Lancisiana degli Ospit. di Roma, 1898-fascic. 1, 18e année).

Delagenière. — Nouveau procédé de cure radicale de la hernie crurale (Archives provisoires de Chirurgie, février 1896, t. V, n° 2).

Stecchi di Ferrara. — (Policlinico, 15 avril 1899, année 6, vol. VI-c., fasc. 4).

Bonomo. — Congrès de la Société italienne de Chirurgie (Rome, octobre 1899).

Parlavecchio. — Ulteriore modificazione al processo proprio di cura radicale dell' ernia crurale (Il policlinico, sezione chirurg., vol. VII, 1900, p. 334-338).

Gordon. — British medical Journal, 1900, t. II, p. 1338.

Chaput. — La Cure radicale de la hernie crurale : le procédé du rideau et de la suture des gaines (Presse médicale, 2 juillet 1904, n° 53, p. 417-418).

Guinement. — Thèse de doctorat. Paris, 1901-1902.

Proust et Guibé. — Presse médicale, 6 mars 1904.

Bérard. — Communication au Congrès international de chirurgie. Bruxelles, 1908.

Vallas et Perrin. — Cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale sans fermeture de l'anneau (Lyon chirurgical, 1er mai 1909, t. I, n° 7, p. 757 à 766).

Frank. — Die operation der Kruralen Hernie auf inguinalem Wege (Wiener Klinische Wochenschrift, 1909, n° 39, p. 1032).

Rollin. — Thèse de doctorat. Paris, 1908 à 1909.

Dujarier. — De la cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale (Journal de chirurgie, février 1912).

Desmaret. — Cure radicale de la hernie crurale par la voie inguinale (Paris médical, 24 février 1912, n° 13, p. 312 à 316).

Morton (Ch.). — British medical Journal, n° 2.666, 24 fév. 1912, p, 418 à 420.

Desmaret. — Appendicectomie et cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale (Presse médicale, nov. 1912, p. 984).

Larrieu. — Thèse de doctorat. Paris, 1912 à 1913.

Berger. — Traité de Chirurgie. Duplay et Reclus, t. VI.

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2897-15